

LES SÉQUELLES PSYCHOLOGIQUES A COURT TERME DE L'INTERRUPTION LÉGALE DE GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par
Jean-Luc ULDRY
de
Genève

Thèse N° 3427

Genève
Centre Dactyl
1975

LES SÉQUELLES PSYCHOLOGIQUES A COURT TERME DE L'INTERRUPTION LÉGALE DE GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par
Jean-Luc ULDRY
de
Genève

Thèse N° 3427

Genève
Centre Dactyl
1975

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur

Willy Pasini

autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

GENEVE, le 5 décembre 1974

Le doyen :

Thèse No 3427

William Geisendorf



Travail réalisé dans le service du professeur H. de WATTEVILLE (Clinique de gynécologie et obstétrique de Genève) avec l'appui du professeur W. GEISENDORF, directeur de la Polyclinique de gynécologie et obstétrique de Genève, et sous la direction du Dr W. PASINI, professeur-assistant au Département de gynécologie et obstétrique de Genève.

- TABLE DES MATIERES -

	<u>Pages</u>
<u>Chapitre I :</u>	
- Introduction	1
<u>Chapitre II :</u>	
- But de la recherche	3
<u>Chapitre III :</u>	
- Evaluation critique de la littérature	4
<u>Chapitre IV :</u>	
- Echantillonnage	9
<u>Chapitre V :</u>	
- Méthodologie utilisée	10
<u>Chapitre VI :</u>	
- Description et analyse des résultats	11
<u>Chapitre VII :</u>	
- Discussion et conclusions	25
<u>Chapitre VIII :</u>	
- Résumé.....	34
<u>Chapitre IX :</u>	
- Bibliographie	37
<u>Chapitre X :</u>	
- Questionnaire utilisé	40



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545924_0032

I. INTRODUCTION.

L'intérêt que les médecins ont à mieux connaître les réactions psychologiques ultérieures des femmes à qui ils ont accordé dans le cadre de la loi une interruption de grossesse n'est pas à démontrer. Il va de soi tant cette intervention demeure fréquente. Même dans des pays comme la Suède, où le nombre d'avortements officiellement enregistrés continue à augmenter en dépit des facilités comparativement bonnes pour une contraception efficace (31).

La seule question que l'on puisse se poser à propos d'une telle recherche est de savoir s'il vaut la peine de s'intéresser à ce problème dans le cadre précis de la Clinique de Gynécologie et Obstétrique de Genève. En effet, les travaux consacrés à travers le monde à l'étude des séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse sont très nombreux et bien documentés. Ne suffit-il donc pas simplement de s'y référer ?—Certes non. Il n'y a qu'à se pencher d'un peu plus près sur cette abondante littérature pour s'apercevoir que la présente étude se justifie pour plusieurs raisons.

D'abord, les auteurs ne sont pas du tout d'accord entre eux quant à la fréquence des troubles psychologiques observés après une interruption légale de grossesse. Des travaux pourtant basés sur une casuistique personnelle étudiée avec une méthode rigoureuse aboutissent selon les auteurs à des résultats diamétralement opposés. Les uns

décrivent des troubles plus ou moins graves chez plus de la moitié des patientes, tandis que les autres affirment que ces séquelles sont non seulement rares mais discrètes. Même s'il est vrai que les études les plus récentes tendent plutôt à minimiser la symptomatologie observée, il n'est pas possible de se faire une idée définitive de la question sur la base de l'un ou l'autre de ces travaux. De plus, la diversité des législations concernant l'avortement est bien connue. Les lois sont différentes dans chaque pays et en Suisse dans chaque canton, ce qui entraîne bien évidemment une grande diversité également dans les indications à l'interruption légale de grossesse, notamment dans les indications psychiatriques et sociales. La législation d'un pays étant le reflet plus ou moins fidèle de ses normes culturelles, morales et religieuses, il est évident que "l'ambiance" dans laquelle une femme obtient une interruption légale de grossesse varie énormément d'une ethnie à l'autre ce qui rend les comparaisons difficiles. Enfin, et ce n'est pas le moindre obstacle à une étude comparée de ce sujet, les pratiques changent à l'intérieur d'une même ethnie selon la classe sociale. Ceci pour des raisons d'ordre financier surtout. On relève dans certains pays une proportion nettement plus élevée d'interruptions légales ou illégales de grossesse dans les cliniques privées que dans les hôpitaux d'Etat et parmi les femmes célibataires de classe sociale supérieure que parmi celles des couches moins aisées de la population. Cet ensemble de faits bien connus rend donc nécessaires d'un endroit à l'autre des études spécifiques des séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse. En effet, des facteurs importants déterminant le comportement ultérieur des patientes qui subissent cette intervention sont par trop différents d'un établissement à l'autre.

Par ailleurs, la plupart des travaux rencontrés dans la littérature médicale sont des enquêtes psycho-sociales où l'accent est mis sur la fréquence des troubles observés et leur description. Encore rares sont les auteurs qui essaient de déterminer le plus rigoureusement possible les causes principales qui entraînent ces séquelles psychologiques ou les conditionnent. Cette recherche implique une approche psycho-dynamique de chaque cas et une technique d'entretien où l'appréciation clinique de l'examineur s'ajoute aux réponses subjectives des patientes. L'étude est alors plus longue et plus exigeante car elle doit être réalisée par une seule et même personne, mais elle est aussi plus utile. En effet, connaissant alors les principales causes des séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse, il est possible de proposer des solutions pour y remédier. C'est ce que nous essaierons de faire dans ce travail.

II. BUT DE LA RECHERCHE.

Nous avons choisi de n'étudier le comportement psychologique de nos patientes que lors des quatre premières semaines suivant l'intervention afin de donner un cadre bien précis à notre étude. Nous nous sommes proposé d'examiner à la Clinique de Gynécologie et Obstétrique de Genève un groupe de patientes ayant subi une interruption légale de grossesse, afin de savoir dans un premier temps si ces femmes présentent des séquelles psychologiques dans les quatre premières semaines post-opératoires, dans quelle proportion, quelles sont les réactions observées, comment se répartissent ces

réactions psychologiques dans le groupe concerné et quelle en est l'intensité. Puis dans un second temps, nous avons cherché ce qui distingue les patientes présentant des séquelles psychologiques à court terme après une interruption de grossesse de celles qui n'en présentent pas. Ceci, afin de mieux comprendre l'étiologie de ces troubles et éventuellement proposer des solutions pour en diminuer la fréquence.

III. EVALUATION CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE.

Avant d'aller plus avant dans la description de notre travail, jetons un coup d'oeil sur la littérature qui s'intéresse aux séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse en général, puis plus spécialement à court terme et enfin à quelques-uns des facteurs qui déterminent ces troubles.

Comme nous l'avons déjà noté plus haut, il suffit de lire les travaux de MALMFORS (16) ou plus récemment de BOLTER (3) et de BECK (1) et de comparer les affirmations de ces auteurs à celles par exemple de EKBLAD (6) ou de KUMMER (14) pour se rendre compte que leurs opinions concernant les séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse divergent fondamentalement. Les premiers déconseillent formellement cette intervention ou tout au moins la considèrent comme périlleuse tandis que les seconds estiment qu'elle est le plus souvent inoffensive dans le contexte médico-légal où ils l'ont étudiée. Certains, comme PECK et MARCUS (28) et NISWANDER et PATTERSON (22) parlent même d'intervention thérapeutique. Les derniers travaux parus tendent à des vues plus uniformes de la question. JANSSON (12) et d'autres auteurs (2), (23) et (4) ne relèvent qu'un petit pourcentage de réactions négatives et que des cas isolés de décompensation psychiatrique grave généralement chez des patientes aux antécédents psychiatriques importants.

Les symptômes rapportés sont de plusieurs ordres, JANSSON (12) parle d'états dépressifs et de syndromes asthéniques que l'on rencontrerait aussi bien après un avortement légal que dans les troubles psychologiques post-partum. Il en conclut que ces symptômes seraient liés à la condition de grossesse. Par ailleurs, il note que l'hypocondrie, la paranoïa et la schizophrénie sont rarement rencontrées. D'autres auteurs comme BOLTER (3) et MALMFORS (16) insistent sur les remords et les sentiments de culpabilité et de honte ou encore sur l'agressivité ressentie par la patiente contre son partenaire. Les troubles signalés sont donc pour la plupart d'ordre névrotique ou réactionnel comme le souligne HELBLING (10). Les décompensations psychotiques sont rares et dans le travail de KUMMER (14), 25 % des 32 psychiatres interrogés par cet auteur n'en ont rencontré que 6 cas en 15 ans de pratique. Néanmoins, deux cas de psychose post-abortive ont été étudiés en détail par PASINI et STOCKHAMMER à Genève (27).

En ce qui concerne les séquelles psychologiques à court terme qui font plus précisément l'objet de notre étude, les avis sont également partagés. Les uns, comme KRETZSCHMAR et NORRIS (13) décrivent un certain nombre de troubles de faible à moyenne importance immédiatement après l'interruption de grossesse sous forme surtout d'états dépressifs (dans environ la moitié des cas), mais aucune séquelle tardive. D'autres, au contraire, PECK et MARCUS (28), SORREL (32), mentionnent des réactions à moyen terme sous forme d'états dépressifs 3 à 6 mois plus tard lorsque la femme a repris son activité habituelle et que l'interruption de grossesse est revécue psychiquement sous forme de réminiscence. Dans ces cas-là,

les semaines ou mois suivant immédiatement l'intervention seraient libres de tout symptôme. NISWANDER et PATTERSON (22) signalent en outre des réactions de soulagement et même d'euphorie les jours qui suivent l'avortement provoqué. Enfin, JANSOON (12) compare les hospitalisations en Clinique psychiatrique dues à des séquelles d'une interruption légale de grossesse ou d'un accouchement. Alors que la fréquence de ces hospitalisations diminue très rapidement déjà trois mois après la date de l'accouchement pour les troubles post-partum, il n'en va pas de même pour les hospitalisations après avortement qui surviennent encore en grand nombre 9 mois après l'intervention.

Quant à savoir ce qu'il adviendrait des mêmes femmes si elles n'avaient pas pu obtenir l'interruption de leur grossesse, il n'est évidemment pas possible de le dire d'une manière précise. HOOK (11) a abordé ce problème et a trouvé qu'un grand pourcentage de femmes interrogées dix ans après qu'on leur avait refusé une interruption légale de grossesse étaient restées insatisfaites. Un autre auteur, MARDER (19) a confirmé ces résultats, ce qui indique que le fait de refuser une interruption de grossesse n'est pas forcément une meilleure solution que de l'autoriser.

Passons maintenant aux différentes appréciations sur les facteurs qui jouent un rôle dans l'apparition des séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse. ROSENBERG et SIVER (30) et WHITE (33) signalent la grande diversité des opinions face aux indications psycho-sociales de l'interruption de grossesse parmi les psychiatres et les médecins en général. Elles vont du refus pur et simple en dehors du risque suicidaire à la plus grande liberté.

Cela implique que la patiente risque fort avant d'obtenir l'interruption légale de sa grossesse de courir au-devant de nombreux refus et autant de vexations qui se répercuteront sur son état psychique. Mc CANCE et Mc CANCE (17) soulignent que les médecins pourraient beaucoup aider leurs patientes en se mettant d'accord entre eux. Le manque d'uniformité de pratique médicale à ce sujet serait donc néfaste. Les mêmes auteurs notent aussi que l'on devrait davantage tenir compte, dans l'appréciation de chaque cas, de l'avis ou de l'attitude du conjoint ou des parents les plus proches de la patiente, qui peuvent parfois apporter d'utiles renseignements ou exercer une influence prépondérante dans les suites de l'intervention. Le travail de MARDER (19) insiste sur l'attitude du personnel hospitalier entourant les patientes au cours de leur séjour et sur l'influence néfaste ou au contraire heureuse qu'elle peut avoir à plus ou moins long terme sur les patientes. WHITTINGTON (34) le relève aussi.

Outre ces influences extérieures à la patiente qui conditionnent son comportement et ses capacités de réaction, il existe toute une problématique intra-psychique beaucoup mieux connue depuis quelque temps grâce à différents travaux récents. Déjà en 1963, MUMFORD (21) faisait le portrait psycho-social de quatre femmes ayant obtenu une interruption légale de grossesse. Il insistait sur le désaccord entre les besoins sexuels et le désir de procréation, décrivant des femmes "immatures" sur le plan psycho-social, mais "mûres" sur le plan sexuel, toutes mariées avec des enfants et un mari apte sexuellement mais dominé sur le plan psychologique. Par la suite, GLOOR (8) et LEHFELDT (15), en étudiant le comportement de la femme devant la contraception, soulignaient son ambivalence entre

le désir et le refus de grossesse qui souvent mène à des grossesses non désirées. Pourtant, ce n'est qu'avec les récents travaux de PASINI (24), (25) et (26) que la problématique intra-psychique de la femme concernant la contraception, la grossesse et l'avortement devient tout à fait claire. Le désir de grossesse est, comme le dit cet auteur, le "fil d'Ariane" de la gynécologie psychosomatique. Il peut toujours, chez des personnalités insuffisamment structurées, venir contrecarrer par des voies inconscientes des projets de contraception et provoquer une grossesse non désirée. Dans la sphère inconsciente de la patiente, la grossesse peut être en effet symbole de complétude narcissique, de revendication phallique ou de sanction de la culpabilité sexuelle et devenir ainsi un urgent besoin inconscient pour l'équilibre psychique. Ce désir de grossesse ne s'accompagne évidemment pas forcément du désir d'avoir un enfant, ce qui conduit au conflit relevé par GLOOR (8) et LEHFELDT (15) et à la demande d'interruption de grossesse. L'importance de ces phénomènes intra-psychiques a été confirmée par l'étude de A.L. ROBERT et W. PASINI (29) qui ont étudié des femmes ayant subi des interruptions répétées de grossesse. Pour ces auteurs et dans le contexte particulier de l'avortement à répétition, les conflits intra-psychiques sont toujours déterminants dans la décision d'interruption. Compte tenu de ces observations, il est alors moins étonnant de voir des auteurs insister sur la fréquence des séquelles psychologiques de l'interruption de grossesse chez des femmes aux antécédents psychiatriques importants (13) ou à la fragilité psychologique évidente (12). Ces femmes déjà mal structurées dans leur vie psychique extra-génitale, risquent fort d'être celles qui ressentiront avec le plus de force cette ambivalence

devant la réalité de la grossesse et de l'avortement, conflit qui peut bien persister après l'interruption de grossesse et provoquer des séquelles psychologiques post-abortives.

Pour être complet, il faut encore mentionner un cas particulier de la littérature concernant les séquelles psychologiques de l'interruption de grossesse. Plusieurs auteurs, (22), (18), soulignent la fréquence de troubles psychiatriques faibles à modérés à court terme et surtout vite surmontés chez des femmes dont la grossesse a été interrompue pour des raisons médicales (rubéole surtout). Il s'agit là d'un effet somato-psychique bien compréhensible, tant il est vrai qu'il faut du temps même à une personnalité bien structurée pour accepter complètement une décision souvent brutale.

IV. ECHANTILLONNAGE.

Revenons à la description de notre étude et à notre manière de procéder. Nous avons interrogé à deux reprises 30 patientes entrées à la Clinique de Gynécologie et Obstétrique de Genève en vue d'une interruption légale de grossesse entre le 20 octobre et le 1er décembre 1972. Nous n'avons choisi que des femmes domiciliées à Genève ou dans les environs immédiats, afin d'être en mesure de les revoir quatre semaines plus tard. Par ailleurs, nous avons éliminé d'emblée celles qui avaient subi en même temps une stérilisation, ceci en vue d'avoir un échantillon homogène.

Il faut relever la grande diversité socio-culturelle de notre échantillon de patientes, caractéristique propre à notre cité et dont nous reparlerons plus loin.

34 patientes ont été interrogées lors du premier entretien. 4 d'entre elles ne s'étant pas présentées au second entretien, nous avons dû finalement porter notre étude sur un groupe de trente femmes.

V. METHODOLOGIE UTILISEE.

Le premier entretien avait lieu à la Clinique le lendemain de l'intervention et le second quatre à cinq semaines plus tard, soit dans un local de la Policlinique de Gynécologie et Obstétrique réservé au Dr PASINI, soit quelquefois au domicile de la patiente. Le premier entretien durait en général 3/4 d'heure à 1 heure. Le second environ une demi-heure.

Nous avons procédé selon la méthode de l'entretien semi-dirigé. Un questionnaire précis ayant été rédigé préalablement, nous n'y répondions par écrit qu'une fois l'entretien terminé sur la base des déclarations de la patiente et de nos observations. Cette technique nous permettait de bien séparer le vécu de la patiente de notre appréciation personnelle et ainsi de nous faire une idée dynamique des réactions psychiques étudiées. Ce questionnaire traitait non seulement des séquelles psychologiques éventuelles et de leur description, mais explorait également les circonstances exactes dans lesquelles la patiente avait décidé l'interruption de grossesse, les réactions des personnes l'ayant entourée ou l'ayant influencée dans cette décision, la personnalité de la patiente avec une description aussi complète que possible sans oublier ses antécédents familiaux et personnels (obstétricaux, médicaux et psychiatriques).

VI. DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS.

A) Données brutes.

1. Proportion de réactions psychologiques ou morales négatives observées à court terme.

- 12 patientes sur 30 (40 %) ont des réactions négatives observables au cours des 4 premières semaines après l'interruption de grossesse, ce qui implique que 18 patientes (60 %) n'en présentent pas.

Commentaire : Ces réactions psychologiques négatives à court terme sont donc fréquentes, mais, comme nous le verrons plus loin, en général discrètes. Nous retrouvons cette constatation dans l'étude faite par KRETZSCHMAR et NORRIS aux Etats-Unis (13).

2. Répartition de ces réactions négatives au cours des 4 premières semaines après l'interruption de grossesse.

- 9 patientes en présentent dès le premier jour, puis restent stationnaires ou s'aggravent.

Exemple No 1 : Patiente de 45 ans, mariée à un homme très absorbé par ses affaires. Malgré ses origines bourgeoises, elle eut une enfance difficile (bombardements). Un premier enfant né prématurément. Agé actuellement de 10 ans, il souffre d'un gros retard mental et la mère en assume pratiquement seule l'éducation. Déjà une première interruption de grossesse dans son pays.

Gros problèmes sexuels : dyspareunie. Aucun moyen anticonceptionnel ne lui convient. Avoue "ne pas avoir

de chance dans sa vie sexuelle". Très ambivalente devant la décision d'interrompre sa grossesse. Immédiatement après l'intervention, la patiente se disait à la fois soulagée d'en avoir fini avec ces mauvais moments et anxieuse quant à ses sentiments à venir. "Elle préférerait ne pas se souvenir et ne plus en parler". Par la suite, fait un épisode dépressif. Sentiments d'incertitude quant à l'avenir de son ménage et d'insuffisance à l'égard de son enfant handicapé. Elle se sent "coincée", angoissée par l'idée qu'elle pourrait tomber à nouveau enceinte sans pouvoir prévenir.

- 2 patientes présentent des réactions négatives dès le premier jour, puis s'améliorent.

Exemple No 2 : Patiente de 35 ans, mariée, 5 enfants. Personnalité intelligente et affectivement équilibrée. Vie sexuelle harmonieuse, mais a pris la pilule un an puis a arrêté car "ça ne doit pas être bon pour la santé à la longue". Très angoissée quant à ses réactions futures dès le lendemain de l'intervention et très culpabilisée, bien qu'elle considère l'interruption de grossesse comme un mal nécessaire dans son cas. Second entretien : y pense rarement, les tâches de la vie quotidienne reprenant le dessus. Se sent encore un peu coupable mais soulagée quant à l'avenir car son mari va se faire stériliser.

- 1 patiente n'a pas de réaction négative le premier jour, mais en présente après 4 semaines.

Exemple No 3 : Patiente de 40 ans, mère de 2 filles, souffrant d'un rétrécissement mitral qui sera opéré. Ne faisait plus de contraception, car à son âge pensait "qu'elle n'aurait plus d'enfant". Bien équilibrée sur le plan affectif. Soulagée au début, puis épisodes de pleurs et sentiment de culpabilité important. "Tout fut trop rapidement décidé pour elle". "Regrette le manque d'explications de la part de l'expert consulté."

Commentaire : Parmi les 12 patientes, 2 réagissent négativement à très court terme puis s'améliorent. Il en reste donc 10 sur 30 (1/3) à présenter 4 semaines après l'interruption de grossesse des symptômes psychopathologiques en rapport avec l'intervention ce qui reste une proportion importante. Si l'on met à part l'exemple No 3 où l'indication à l'interruption est médicale, on relève déjà dans les exemples No 1 et No 2 deux types assez distincts de patientes. La première présente des traits de caractère masochiques accentués, tandis que la seconde s'améliore très vite parce qu'elle ne souffre pas de gros problèmes névrotiques. Examinons maintenant d'un peu plus près les symptômes observés chez nos patientes.

3. Types de réactions négatives observées, leur répartition dans le temps et leur importance.

- 1 jour après l'interruption de grossesse :

- . 9 fois de l'angoisse dont 2 fois intense
- . 8 fois de la culpabilité dont 2 fois intense
- . 2 fois des troubles fonctionnels en relation avec l'interruption de grossesse
- . 1 fois un état dépressif.

- 4 semaines après l'interruption de grossesse :

- . 7 fois un état dépressif dont 3 fois intense
- . 7 fois de la culpabilité dont 2 fois intense
- . 6 fois une agressivité contre le partenaire dont 1 fois intense
- . 5 fois de l'angoisse dont 4 fois intense
- . 2 fois des troubles fonctionnels dont 1 fois intenses
- . 2 fois de la honte.

4. Répartition des patientes présentant des réactions négatives selon l'importance de leurs troubles.

- 9 patientes présentent des réactions négatives modérées.

Exemple No 4 : Patiente de 20 ans, fiancée. Très angoissée par les démarches longues et pénibles nécessaires à l'obtention de l'avis conforme (raisons sociales jugées à la limite). Juste après l'intervention, soulagée malgré un sentiment de culpabilité "dû à la religion catholique" dit-elle. Douleurs abdominales qui polarisent son angoisse. Puis, lors du second entretien, laisse percer le même sentiment de culpabilité et s'angoisse à l'idée qu'elle pourrait se retrouver dans la même situation (supporte mal la pilule car a peur du cancer). De plus, un peu d'anorexie a succédé aux douleurs abdominales.

- 3 patientes présentent des réactions négatives importantes.

Exemple No 5 : Patiente de 35 ans, au passé très chargé : 3 enfants illégitimes confiés à la sœur par truquage d'état civil, 4 interruptions de grossesse antérieures dont 1 seule légale, divorcée

d'un alcoolique qui la battait, battue également par son dernier partenaire qui l'a abandonnée après lui avoir fait un enfant. Assez fruste. Se complaît dans son malheur : "Le divorce est un péché, l'avortement un crime, mais j'en ai l'habitude !" Admire beaucoup sa mère qui est "une vraie femme avec ses 7 enfants vivants et 12 conceptions". A besoin de tomber enceinte pour ressembler à sa mère. Refuse la stérilisation. Culpabilité et angoisse assez fortes dès le premier jour, mais des douleurs dues à une fracture récente du bassin (qui a motivé en partie l'interruption) polarisent son attention et masquent l'intensité réelle des troubles psychologiques. Par la suite, crises de larmes chaque fois qu'elle voit un nourrisson. Se sent seule et réagit en intentant un procès à l'ami qui l'a abandonnée. De plus, se rend souvent chez une amie qui a un bébé pour l'aider et tombe en pleurs à chaque fois mais recommence. Il lui arrive même de baigner des poupées en plastique qu'elle semble avoir achetées tout exprès, se rendant bien compte que c'est idiot, "mais ça la soulage !".

- Aucune patiente ne présente des réactions négatives très importantes.

Commentaire : Ces réactions sont très diverses, mais on peut dire tout de même que l'anxiété est le symptôme le plus rencontré juste après l'interruption de grossesse. Il s'agit d'une angoisse latente, soit

ressentie confusément par la patiente, soit seulement observée par un examinateur attentif. Ce symptôme mal défini traduit la labilité de la patiente et va se transformer souvent par la suite en un symptôme plus structuré. Le syndrome dépressif s'installe en général plus tard, il n'est presque jamais rencontré d'emblée. Quant au sentiment de culpabilité, c'est le symptôme le plus fréquent, tant après 1 jour qu'après 4 semaines. C'est certainement le symptôme-clef des séquelles psychologiques de l'interruption de grossesse.

Par ailleurs, pour évaluer l'importance des réactions négatives observées, nous avons procédé comme suit. D'une part, nous avons prévu trois degrés d'intensité pour chaque symptôme rencontré (modéré-intense-très intense) ; d'autre part, nous avons choisi de répartir les patientes en trois groupes pour apprécier la gravité de l'ensemble de leurs réactions négatives selon les critères suivants : les patientes avec réactions négatives modérées sont celles qui ne nécessitent pas la mise en route d'un traitement spécifique, les patientes avec réactions négatives importantes sont des femmes qui reçoivent des soins psychothérapeutiques ou des médicaments psychotropes, enfin les patientes avec réactions négatives très importantes doivent être hospitalisées (il n'y en a aucune dans notre échantillon de cas). En procédant de la sorte, on s'aperçoit que la grande majorité des patientes ont des séquelles psychologiques d'intensité modérée (chez 9 patientes sur 12)

ce qui rejoint ce que nous écrivions dans notre commentaire de la page 11. Il est également possible d'affirmer qu'autant l'intensité que la variété des manifestations pathologiques rencontrées est plus grande après quatre semaines qu'après 1 jour. Ces réactions négatives sont 11 fois intenses sur 29 symptômes décrits après 4 semaines contre 4 fois sur 20 symptômes décrits après 1 jour. Les séquelles psychologiques de l'interruption légale de grossesse ne sont donc jamais très importantes bien que relativement fréquentes, mais on doit être attentif au fait que les symptômes rencontrés immédiatement après l'intervention ont tendance à devenir plus importants dans les semaines qui suivent.

5. Les réactions psychologiques ou morales positives observées et leur répartition.

- Chez les 18 patientes ne présentant pas de réactions négatives, nous avons relevé :
 - Après 1 jour : 16 fois un soulagement
2 fois de l'indifférence.
 - Après 4 semaines : 18 fois un soulagement.
- Chez les 12 patientes présentant des réactions négatives, nous avons relevé en plus :
 - Après 1 jour : 5 fois un soulagement
 - Après 4 semaines : 3 fois un soulagement.

Commentaire : La réaction de soulagement après l'interruption de grossesse est donc très fréquente immédiatement après l'intervention puisqu'on la rencontre, non seulement chez toutes les patientes sans séquelles, mais aussi chez 5 d'entre les 12 qui ont des séquelles. En revanche, nous n'avons jamais observé de réaction euphorique comme certains auteurs l'avaient relevé (22).

B) Quelques croisements.

I. Quelques caractères rencontrés dans les mêmes proportions chez les patientes avec ou sans séquelles.

1. Nationalités.

- Patientes avec réactions
négatives

75 % d'étrangères

(3 suissesses, 3 italiennes
2 françaises, 2 espagnoles,
1 yougoslave, 1 tchèque)

- Patientes sans
séquelles

56 % d'étrangères

(8 suissesses, 3 italiennes,
3 françaises, 1 espagnole,
1 yougoslave, 1 antillaise,
1 de Côte-d'Ivoire)

2. Religions.

- Patientes avec réactions
négatives

9 catholiques dont 1 pratiquante
1 protestante
1 orthodoxe
1 sans religion.

- Patientes sans
séquelles

11 catholiques dont
3 pratiquantes
4 protestantes
3 sans religion.

Commentaire : Bien qu'il y ait un peu plus d'étrangères et un peu plus de catholiques parmi les patientes avec réactions négatives, ces différences ne

sont pas significatives par rapport au petit nombre de patientes examinées. C'est la grande variété de ces caractères de nationalité et de religion dans l'un et l'autre des deux groupes de patientes qui doit être soulignée. Elle est, comme nous le disions plus haut, l'apanage de notre cité et plus spécialement du service de Gynécologie et Obstétrique de Genève où beaucoup de femmes de travailleurs étrangers se font habituellement soigner. Cette grande diversité socio-culturelle nous paraît être un avantage. En effet, elle nous permet de ne pas considérer ce facteur comme déterminant dans notre étude, ce qui donne plus de valeur à d'autres facteurs plus intéressants dont nous parlons ci-dessous.

II. Quelques caractères distinguant les patientes qui présentent des réactions négatives de celles qui n'en ont pas.

1. L'âge.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
Moyenne d'âge de 30 ans (la moitié ont plus de 30 ans).	Moyenne d'âge de 23 ans (aucune au-dessus de 30 ans).

2. Le nombre d'enfants.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
Moyenne de 1,33 enfant.	Moyenne de 0,94 enfant.

Commentaire : Ce sont donc surtout des femmes de plus de 30 ans avec plusieurs enfants qui présentent des séquelles psychologiques. Les femmes plus jeunes qui n'ont jamais vécu de maternité semblent mieux supporter une interruption légale de grossesse. En effet, elles ne se représentent que très imparfaitement le devenir du fœtus qu'elles portent. Cette image incomplète de l'enfant à naître limite leur lien affectif et rend la séparation due à l'interruption de grossesse moins difficile. De plus, la situation sociale de ces femmes jeunes n'est le plus souvent pas propice à la naissance d'un enfant ce qui contribue certainement à atténuer leurs regrets éventuels. Ce second argument est pourtant moins évident dans le contexte de notre étude car, bien qu'ayant plus de 30 ans et plusieurs enfants, les patientes présentant des troubles psychologiques ne sont pas plus souvent mariées que les autres. Nous attribuons ce fait à une simple coïncidence due au petit nombre de nos cas et nous n'en tiendrons pas compte.

3. Les antécédents psychiatriques.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
5/12 (42 %) ont des antécédents psychiatriques.	2/18 (11 %) ont des antécédents psychiatriques.

4. Les interruptions de grossesse à répétition.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
4/12 (33 %) sont des récidivistes.	2/18 (11 %) sont des récidivistes.

5. L'intensité du conflit psychique éventuel au moment de la décision d'interrompre la grossesse.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
12/12 (100 %) présentent un conflit intra-psychique. 6 fois sur 12 très important.	6/18 (33 %) présentent un conflit intra-psychique. Aucun très important.

6. Le rôle du désir de grossesse particulièrement intense.

- Patientes avec réactions négatives	- Patientes sans séquelles
8/12 (67 %) présentent un désir de grossesse particulièrement intense.	5/18 (28 %) présentent un désir de grossesse particulièrement intense.

Commentaire : Tous ces caractères déterminés soit par l'anamnèse objective soit par les observations subjectives de l'examineur indiquent assez nettement que les femmes qui présentent des réactions négatives sont d'une part plus "psychiatriques" (plus d'antécédents psychiatriques) et d'autre part ont une tendance marquée aux interruptions de grossesse répétées, caractéristique propre justement, selon le travail de A.-L. ROBERT et W. PASINI (29) aux femmes un peu "marginales". Par ailleurs, la grande intensité du conflit intra-psychique de ces patientes au moment de la décision d'interrompre la grossesse et l'importance de leur désir de grossesse inconscient témoignent de leur ambivalence psychologique constante, donc de leur fragilité.

7. Les médecins et les experts consultés.

a) Nombre de médecins consultés en vue de l'intervention.

- Patientes avec réactions négatives

7/12 (58 %) ont dû consulter plus de 2 médecins (médecin traitant compris).

- Patientes sans séquelles

6/18 (33 %) ont dû consulter plus de 2 médecins.

b) Contact avec le médecin traitant.

- Patientes avec réactions négatives

5/12 (42 %) estiment ne pas avoir été soutenues par le médecin qui a posé le diagnostic de grossesse.

4/12 (33 %) ont eu avec ce médecin des problèmes majeurs (2 fois refus catégorique, 1 fois re-proches, 1 fois indifférence).

- Patientes sans séquelles

3/18 (17 %) estiment ne pas avoir été soutenues par le médecin qui a posé le diagnostic de grossesse.

1/18 a eu avec ce médecin un problème majeur (refus catégorique).

c) Contact avec l'expert consulté en vue de l'obtention de l'avis conforme qui autorise l'interruption légale de grossesse.

- Patientes avec réactions négatives

6/12 (50 %) ont vécu le passage chez l'expert comme une démarche difficile ou très difficile.

- Patientes sans séquelles

5/18 (28 %) ont vécu le passage chez l'expert comme une démarche difficile ou très difficile

Commentaire : On peut établir d'après les résultats ci-dessus une assez nette corrélation entre l'incidence des séquelles psychologiques après une interruption de grossesse et l'incidence des difficultés de contact entre patientes et médecins avant cette intervention. Il y a deux explications principales à ce phénomène : soit que les médecins par leur attitude culpabilisante aient induit ou renforcé les réactions négatives ultérieures de leurs patientes, soit au contraire que ces patientes par leur comportement plus "psychiatrique" que les autres aient provoqué un sentiment plus ou moins conscient de rejet chez leurs médecins. Par ailleurs, il faut souligner que pour l'ensemble des 30 patientes, 12 psychiatres ont été consultés comme experts pour délivrer l'avis conforme d'interruption légale de grossesse, alors que nous n'avons relevé que 3 vraies indications psychiatriques dans cette série. Dans le même ordre d'idée, il y avait autant de psychiatres consultés comme experts dans les deux groupes, bien que les patientes présentant des réactions négatives fussent plus "psychiatriques" comme relevé ci-dessus. Quand on sait quelles peuvent être les conséquences psychologiques fâcheuses d'une visite chez un psychiatre imposée par un tiers, même à notre époque, on est en droit de penser qu'on a encore actuellement tendance à trop "psychiatriser" l'indication à l'interruption de grossesse.

8. Attitude de l'entourage.

- Patientes avec réactions négatives

3/12 (25 %) ont été soutenues par 1 ou 2 personnes dans leur décision.

- Patientes sans séquelles

8/18 (44 %) ont été soutenues par 2 ou 3 personnes dans leur décision.

9. Réactions des patientes lors de l'hospitalisation.

- Patientes avec réactions négatives

5/12 (42 %) se plaignent du manque de soutien de la part du personnel soignant hospitalier.

- Patientes sans séquelles

4/18 (22 %) se plaignent du manque de soutien de la part du personnel soignant hospitalier.

Commentaire : La corrélation entre l'incidence des réactions négatives et l'incidence des mauvais contacts avec les proches ou le personnel hospitalier est moins nette que celle observée à propos des médecins consultés mais mérite tout de même d'être soulignée.

10. Indications médicales à l'interruption légale de grossesse.

- Patientes avec réactions négatives

1 indication médicale vraie

2 indications à composante médicale.

- Patientes sans séquelles

1 indication médicale vraie

2 indications à composante médicale.

Commentaire : Le petit nombre d'indications médicales ou à composante médicale dans notre échantillon ne nous permet pas de tirer de conclusions à ce propos. Tout au plus pouvons-nous dire qu'il y a autant de risques pour ces femmes d'avoir des réactions négatives que de chances de s'en tirer sans mal.

VII. DISCUSSION ET CONCLUSIONS.

Les réactions psychologiques négatives à court terme après une interruption de grossesse sont donc relativement fréquentes puisqu'on en rencontre dans notre étude dans 40 % des cas. Ce chiffre indique que cette intervention et tout ce qu'elle implique de démarches et d'ennuis, surtout dans les jours qui la précèdent, n'est pas inoffensive pour la femme qui s'y expose. Le fait que toutes les patientes sans exception gardent 4 semaines après l'interruption de grossesse un mauvais souvenir de cet épisode de leur vie vient confirmer cette impression. Cependant, les symptômes observés sont tous d'ordre névrotique et jamais de type psychotique à l'exception peut-être de notre exemple No 5. Dans ce cas, le comportement de la patiente qui baigne des poupées pour se déculpabiliser ou se donner l'illusion qu'elle a gardé son enfant est à la limite du délire. Comme nous l'avons noté plus haut, la grande majorité de ces symptômes est d'intensité modérée et nous n'avons notamment relevé aucune idée suicidaire. De telle sorte qu'en définitive 3 de nos patientes seulement sur les 30 étudiées présentent des séquelles psychologiques graves ayant nécessité un traitement spécifique (10 %). Quant à des réactions négatives très graves pour lesquelles une

hospitalisation serait nécessaire, nous n'en avons observé aucune dans notre étude. Ces faits rendent notre travail plus proche des études de KRETZSCHMAR et NORRIS (13) qui soulignent la fréquence de troubles psychologiques mineurs immédiatement après l'interruption de grossesse, plutôt que de celles de PECK et MARCUS (28) ou de SORREL (32) qui insistent sur l'apparition à moyen terme d'états dépressifs avec une période libre de symptômes juste après l'intervention. En outre, l'apparition précoce de réactions négatives après l'interruption de grossesse ne laisse aucun doute quant à leur origine. La relation directe avec l'intervention est évidente dans chacun de nos cas. Ainsi, même si ces séquelles psychologiques ne sont pas graves, leur relative fréquence dans le premier mois après l'intervention est la preuve que l'avortement vécu dans le contexte précis de notre étude correspond à un traumatisme psychique plus ou moins intense selon les patientes.

Cette première conclusion est importante pour la suite de cette discussion. En effet, il s'agit maintenant d'une part de savoir ce qui caractérise les femmes plus sensibles que les autres à ce traumatisme psychique et d'autre part de déterminer les facteurs qui rendent cet acte médical, exécuté dans les meilleures conditions techniques et dans le cadre de la loi, si redoutable. Pour ce faire, il suffit de se référer aux principales constatations de notre étude comparée entre les patientes présentant des réactions psychologiques négatives après une interruption légale de grossesse et celles qui n'en présentent pas.

Nos deux premières constatations vont surtout nous montrer quel type de femmes ont le plus de risques de mal supporter l'interruption de grossesse. Tout d'abord, notre étude indique que les

patientes avec séquelles psychologiques sont nettement plus âgées que les autres. Cela peut paraître surprenant de prime abord. Une femme de plus de 30 ans est souvent mariée, mère d'un ou deux enfants et cette situation "confortable" devrait lui permettre de mieux réagir à un traumatisme psychique qu'une jeune célibataire souvent abandonnée par son partenaire. C'est pourtant le contraire qui se passe comme le démontrent aussi NISWANDER et PATTERSON (22). Pour ces auteurs, ces patientes sont culpabilisées parce que, formant avec leur mari un couple normalement équilibré, elles possèdent la condition de base pour accueillir une naissance. Au contraire, une femme célibataire regrette beaucoup moins un enfant dont l'avenir est déjà compromis dès son premier jour. Il faut pourtant préciser que nos résultats ne se superposent pas exactement à ceux de NISWANDER et PATTERSON. En effet, dans notre échantillon de patientes, celles qui présentent des réactions négatives ne sont pas plus souvent mariées que les autres, bien qu'elles soient plus âgées et aient plus souvent des enfants. Cette discordance semble s'expliquer par une simple coïncidence due au petit nombre de nos cas et nous n'y attacherons aucune importance particulière. Ces premières caractéristiques propres aux patientes qui présentent dans notre étude des réactions psychologiques négatives à court terme après une interruption légale de grossesse méritaient d'être soulignées. En effet, il n'est pas inutile au médecin qui doit pratiquer ou faire pratiquer cette intervention de savoir qu'il devra suivre d'autant plus attentivement sa patiente qu'elle aura dépassé 30 ans et qu'elle sera mariée et mère d'un ou deux enfants.

La seconde constatation de notre étude comparée nous paraît plus fondamentale. Nos résultats prouvent que les patientes qui présentent des réactions négatives à court terme après une interruption légale de grossesse sont plus "marginales" par rapport aux normes de comportement communément admises par la Société. D'une part, l'incidence d'antécédents psychiatriques (surtout sous forme de prise en charge psycho-sociale) est assez nettement plus importante dans ce groupe de patientes que dans l'autre (42 % contre 11 %). D'autre part, nos résultats montrent aussi que ces femmes n'ont pas réussi à intégrer d'une manière harmonieuse dans l'ensemble de leur personnalité leurs fonctions sexuelles et reproductives. Ce sont des sentiments archaïques et incontrôlés qui régissent leur comportement dans ce domaine et réduisent à néant toute tentative de contraception. Le plus grand nombre d'interruptions répétées de grossesse dans ce groupe de patientes illustre bien ce phénomène (33 % contre 11 %). La présence constante d'un conflit psychique très souvent majeur au moment de la décision d'interrompre la grossesse souligne également le manque d'autonomie de ces femmes face à ce problème particulier. Enfin, argument à nos yeux le plus explicite mais en même temps très subjectif puisqu'il dépend directement des observations de l'examineur, nous avons relevé beaucoup plus souvent un désir de grossesse inconscient particulièrement intense chez les femmes présentant des réactions psychologiques négatives que chez les autres (67 % contre 28 %). Il est donc remarquable de noter qu'il y a une concordance entre les signes d'immaturité psychique globale (antécédents psychiatriques) et les signes d'immaturité psychique spécifique de la sphère sexuelle et reproductive. Ces résultats confirment les travaux de KRETZSCHMAR et NORRIS (13) et de JANSSON (12) qui rapportent que les femmes psychologiquement fragiles sont les moins bien armées pour faire face au traumatisme de l'avortement provoqué.

Ainsi, connaissant mieux les principaux caractères des patientes qui ont tendance à mal supporter une interruption légale de grossesse, il sera facile de prévenir ou d'atténuer leurs réactions négatives après l'intervention en suivant de très près les plus fragiles d'entre elles. C'est au médecin de compenser par son soutien le stress de l'avortement provoqué. Qu'il soit celui qui conseille, qui décide ou qui exécute l'intervention, sa responsabilité médicale est engagée. En effet, si à la suite de la récente initiative populaire, l'avortement devenait libre dans notre pays, il semble peu probable que les séquelles psychologiques de l'interruption de grossesse disparaissent du jour au lendemain. Le sentiment de culpabilité relevé si souvent dans cette situation dépend bien plus de lois éthiques et culturelles lentes à évoluer que du code pénal. Quoi qu'il arrive ces prochains mois sur le plan juridique, l'interruption de grossesse demeurera donc un acte médical dans toute l'acception du terme, c'est-à-dire tant sur le plan physique que psychique. Aussi, nous paraît-il déplacé dans le cadre d'une telle étude de discuter du bien-fondé de telle ou telle loi concernant l'avortement. Le sujet est trop vaste et ce n'est pas notre propos. Il est plus utile et urgent d'insister sur quelques principes de base de la prise en charge psycho-sociale de ce problème avant tout d'ordre médical quelle que soit la loi qui le régit. Et précisément, nos résultats concernant les relations de nos patientes avec leurs médecins traitants et les experts consultés sont éloquentes et attestent des faiblesses du soutien médical actuel.

Relevons tout d'abord la multiplicité des consultations avec des médecins différents, le plus souvent inconnus de la patiente, pour obtenir l'avis conforme autorisant l'interruption de

grossesse. 58 % des femmes présentant des séquelles psychologiques ont dû consulter plus de deux praticiens, leur médecin traitant compris, avant d'arriver à leurs fins contre 33 % dans l'autre groupe. Même si la différence entre les deux groupes n'est pas énorme, il est de toute manière regrettable, à cause des émotions inutiles provoquées par ces nombreuses consultations, que 13 patientes sur 30 aient été obligées de voir plus de 2 médecins. Rappelons que notre législation exige l'avis d'un seul expert après que le praticien a posé le diagnostic de grossesse et a conseillé l'interruption. Par ailleurs, s'il n'est pas possible de reprocher à certains médecins leurs opinions personnelles à propos de l'avortement, il est dommage de constater que l'attitude d'un grand nombre d'entre eux face à ce problème engendre chez leurs patientes des réactions négatives ultérieures. La corrélation assez nette entre un mauvais contact avec le médecin traitant et l'incidence des séquelles psychologiques après l'intervention (42 % contre 17 % dans l'autre groupe) témoigne de la fréquence d'un sentiment de rejet plus ou moins conscient de la part du médecin, attitude qui va se répercuter sur l'équilibre psychique de la patiente. Ce phénomène n'est peut-être pas étranger au fait que la très grande majorité des femmes interrogées n'avaient pas repris contact avec leur médecin habituel 1 mois après l'intervention (24 patientes sur 30). La plupart se trouvaient donc plus ou moins livrées à elles-mêmes et surtout insuffisamment conseillées sur le plan de la contraception. Quant à la visite chez l'expert, 11 femmes sur 30, dont la moitié de celles qui ont présenté ultérieurement des réactions négatives, l'ont vécue comme une démarche difficile ou très difficile. Ces difficultés s'expliquent en partie par le fait déjà relevé plus

haut que 12 psychiatres ont été consultés comme experts, alors qu'il n'y avait que 3 vraies indications psychiatriques dans notre échantillon de patientes. Cette "psychiatisation" de l'indication à l'interruption de grossesse qui est encore le seul moyen d'arriver à ses fins dans certaines régions ne devrait plus avoir cours dans notre canton. En effet, quelques femmes de notre série ont obtenu leur avis conforme pour des motifs psycho-sociaux chez un expert non-psychiatre. Enfin, outre les médecins consultés, le personnel hospitalier rencontré au moment de l'intervention semble contribuer à entretenir l'angoisse des patientes. La route de celles qui désirent se faire avorter légalement est, comme on peut le constater, parsemée d'embûches. D'autres auteurs l'avaient déjà relevé avant nous.

C'est l'ensemble de nos observations plus que chacune d'entre elles qui nous incitent à souligner les lacunes de la prise en charge médicale actuellement en vigueur. Le médecin praticien a tendance à prêter au système médico-légal un visage humain et à se décharger sur lui pour quelque temps de sa responsabilité médicale. Cette erreur d'appréciation peut être lourde de conséquences comme le montrent nos observations. De tous les patients hospitalisés dans des établissements publics, les femmes qui subissent une interruption de grossesse sont certainement celles qui ont le plus besoin de l'appui de leur médecin habituel pendant leur séjour à l'hôpital et surtout tout de suite après leur sortie. Une meilleure information du corps médical à ce propos, et c'est un des buts de cette étude, devrait faire diminuer rapidement et à peu de frais la fréquence des réactions négatives après une interruption de grossesse.

Nous relèverons encore les récentes inquiétudes de certains auteurs comme par exemple GLOOR de Lausanne (9) qui fait un constat d'échec de l'application de la contraception orale. Cet auteur met en garde contre un danger d'accroissement du nombre de grossesses non désirées et par conséquent, dans un système tendant à se libéraliser, du nombre des interruptions de grossesse. Il ajoute : "Bien des gynécologues et des praticiens de médecine générale sont mal renseignés sur les phénomènes de psychologie profonde en rapport avec la contraception et sont portés à surévaluer la collaboration consciente de leurs patientes en ce qui concerne la compréhension et l'application correcte d'une méthode". Ce point de vue montre combien avortement et contraception vont de pair. Et même s'il n'appartient pas au praticien de décider d'une interruption de grossesse comme il décide de l'administration d'un contraceptif oral, une prise en charge véritable de sa patiente au cours d'une interruption de grossesse lui permettrait de mieux la connaître et donc de mieux la conseiller dans sa vie sexuelle et reproductive future. De plus, la relation de confiance entre le médecin et sa patiente, sans laquelle toute méthode contraceptive est effectivement vouée à l'échec à plus ou moins brève échéance, s'en trouverait très fortement renforcée.

Enfin, pour opposer aux lacunes de notre système médico-légal un exemple concret et constructif, il nous a paru intéressant de citer une publication de W. GEISENDORF (7) qui a visité à New-York plusieurs cliniques d'Etat recevant des femmes désireuses soit de recevoir des conseils de contraception soit d'avorter. Cette

visite date du mois de janvier 1973, plus de deux ans après l'adoption de la loi autorisant l'avortement jusqu'à la 24^{me} semaine à partir du début de la grossesse dans l'Etat de New-York. L'auteur a été très favorablement impressionné par ce que les Américains appellent le "counseling", véritable prise en charge de toutes les patientes s'adressant à ces centres. Tout est mis en oeuvre pour faire non seulement un diagnostic gynécologique précis dans chaque cas, mais aussi pour rendre cette consultation la plus naturelle et la plus utile possible pour l'avenir de la patiente. Tout un personnel para-médical spécialement formé anime ces centres. Chaque patiente a le temps d'exposer le motif de sa visite à une conseillère lors d'un entretien personnel. La question de la contraception est toujours abordée et les conseils sont donnés en respectant avant tout la liberté absolue de la patiente. Aux entretiens personnels s'ajoutent des groupes de discussion qui visent tout spécialement à déculpabiliser les femmes qui demandent un avortement. L'auteur rappelle qu'un système analogue fonctionne à Genève depuis déjà plusieurs années au Centre d'information familiale et de régulation des naissances mais il souhaite à juste titre que le "counseling" se développe maintenant d'une manière plus systématique dans nos institutions hospitalières.

Il est temps de conclure et de rappeler que cette étude a permis de mettre en évidence la relative fréquence de troubles psychologiques en général modérés à court terme après une interruption légale de grossesse. Ces réactions négatives semblent survenir surtout chez des femmes plus fragiles sur le plan psychologique que les autres. Cette observation est importante, mais

le rôle joué par les médecins impliqués dans le processus médico-légal de l'interruption de grossesse a retenu tout particulièrement notre attention. Nous avons relevé l'absence très fréquente chez les patientes avec réactions psychologiques négatives de véritable prise en charge médicale au cours de cet événement douloureux de leur vie. C'est pourquoi nous terminerons en insistant sur la position privilégiée du médecin traitant face à la fois aux problèmes psychologiques posés par l'interruption légale de grossesse et à ceux inhérents à la contraception. Le praticien représente à notre avis le lien primordial entre la patiente et la société, lien par lequel toute action thérapeutique visant à rendre ces épisodes de la vie sexuelle d'une femme moins difficiles devrait passer. Parce qu'il soigne une patiente de longue date ou qu'il s'occupe aussi des autres membres de sa famille, c'est le médecin traitant qui est le mieux placé pour évaluer dans chaque cas à leur juste valeur les différents facteurs qui risquent non seulement de provoquer des troubles psychologiques après une interruption légale de grossesse, mais aussi de rendre très hypothétiques les chances de succès d'une contraception future. Il peut en effet juger mieux que quiconque de la condition sociale de sa patiente, de ses antécédents psychiatriques ou du genre de soutien qu'elle a de son mari. Le médecin traitant est donc très bien placé pour déculpabiliser une interruption légale de la grossesse en la définissant dans le cadre de la personnalité de sa patiente.

VIII. RESUME.

Afin d'étudier les séquelles psychologiques à court terme de l'interruption légale de grossesse, nous avons interrogé à deux reprises 30 femmes ayant subi cette intervention à la

Clinique de Gynécologie et Obstétrique de Genève. Le premier entretien avait lieu le lendemain de l'opération et le second environ 1 mois plus tard. Cette étude a été faite à l'aide d'un questionnaire psycho-social soumis aux patientes lors des entretiens individuels qui étaient conduits le plus librement possible.

Il ressort de nos résultats que les réactions psychologiques négatives à court terme après une interruption légale de grossesse sont relativement fréquentes - 12 patientes sur 30. Mais, de ces 12 patientes, 9 ont des séquelles d'intensité modérée et aucune des troubles très importants nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique. Bien que fréquentes, les séquelles psychologiques à court terme après une interruption légale de grossesse sont donc généralement discrètes.

Nous avons également procédé à quelques croisements entre le groupe de patientes avec réactions négatives et le groupe de patientes qui n'en ont pas afin de mettre en évidence quelques caractères propres aux femmes appartenant à l'un ou l'autre de ces deux groupes. Dans cette seconde série de résultats, nous avons trouvé que ce sont surtout les femmes de plus de 30 ans avec plusieurs enfants qui sont exposées à présenter des réactions négatives après une interruption légale de grossesse. Par ailleurs, les femmes les plus fragiles sur le plan psychologique sont également plus souvent touchées que les autres. Enfin, tout le système médico-légal de l'interruption de grossesse nous a paru impliqué dans la genèse de ces troubles. En effet, les patientes avec

séquelles psychologiques sont celles qui ont dû consulter le plus souvent plus de deux médecins pour obtenir l'autorisation d'avorter et qui ont eu avec les médecins consultés les contacts les plus difficiles.

En conclusion, nous avons surtout insisté sur la nécessité d'une meilleure prise en charge médicale des femmes subissant une interruption légale de grossesse, en premier lieu par le médecin traitant et aussi dans le cadre des institutions hospitalières.

IX. BIBLIOGRAPHIE.

- (1) Beck D. Interruption of pregnancy and guilt feelings. Schweitz. Med. Zschr. 94:357 - 1964.
- (2) Beric B. Bregun N. Kapor-Stanulovic N. (Yougoslavia) : The psychosomatic state of adolescent girls after legal abortion. Abstracts of scientific papers- Third international Congress of psychosomatic medicine in Obstetrics et Gynaecology - London 1971. Ed. Karger.
- (3) Bolter S. : The psychiatrist's role in the therapeutic abortion: the unwitting accomplice. Amer. J. Psychiat. 119: 312-316. 1962.
- (4) Corson S.L. Bolognese R.J. (USA) : Voluntary interruption of pregnancy: a psychiatric and contraceptive technique patterns pre and post-operatively. Abstracts of scientific Papers. Third international congress of psychosomatic medicine in Obstetrics and Gynaecology. London 1971.
- (5) Durand Ch. Pasini W. : Considérations medico-psychologiques sur l'interruption légale de la grossesse. Fert. Orth. 1973-V-2-pp. 271-274.
- (6) Ekblad M. : Induced abortion on psychiatric grounds; a follow-up study of 479 women. Acta psychiat. et neurol. scandinavica suppl. 99. Copenhagen 1955.
- (7) Geisendorf W. : L'avortement libre aux Etats-Unis. Dans Sexologie 1970-1973 - VI : 217-222 - 1974 Ed. Méd. Hyg.
- (8) Gloor P.A. : Attitudes féminines devant la prévention des naissances. Ed. Doin. Deren et Co. Paris 1968.
- (9) Gloor P.A. : 1243 demandes d'interruption de grossesse. Rôle de l'échec de la contraception orale. Bulletin des médecins suisses. No 3 p. 1260. 1974.
- (10) Helbling W. : (citée dans Schwalm H. et Doderlein G.) Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Bd 5. p. 130. Urban et Schwarzenberg. München, Berlin, Wien. 1966.
- (11) Hook K. : Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by National Board of Health in Sweden. Acta psychiat. scand. 39. suppl. 168. 1963.

- (12) Jansson B.: Mental disorders after abortion. Acta psychiat. scand. 41-87. 1965.
- (13) Kretzschmar R.M. Norris A.S.: Psychiatric implications of therapeutic abortion. Presented at the 34 th. annual meeting of the central Association of Obstetricians and Gynaecologists. Biloxi. Mississippi. Oct. 20-22 1966.
- (14) Kummer J.M.: Post-abortion psychiatric illness. A myth ? Amer. J. Psychiat. 119: 980-983. 1963.
- (15) Lehfeldt H.: Willful exposure to unwanted pregnancy. American J. of Obst. and Gyn. 78. 1959.
- (16) Malmfors K.: cité par Brekke B. dans : Abortion in the United States. Calderone M.S. Ed. Hoeber-Harper. New-York. 1958.
- (17) Mac Cance C. Mac Cance P.F. (Scotland): Abortion or not abortion. What decides ? J. biosoc. sci. 3:116-120. 1971.
- (18) Mac Coy D.R.: The emotional reaction of women to therapeutic abortion and sterilization. J. Obstet. Gynaec. Brit. C.wlth. Vol. 75. pp. 1054-1057. Oct. 1968.
- (19) Marder L.: Psychiatric experience with a liberalized therapeutic abortion law. Amer. J. Psychiat. 126 : 9 mars 1970.
- (20) Moerloose J. de : L'avortement dans le monde - ds "Features" revue OMS mars 1971 No 3 p. 3-5.
- (21) Mumford R.S. : An interdisciplinary study of four wives who had induced abortion. Amer. J. Obst. and Gynaecol. 87: 865. 1963.
- (22) Niswander K.R. Patterson R.J. : Psychologic reaction to therapeutic abortion. Obst. and Gynaecol. 29: 702. 1967.
- (23) OMS : L'avortement spontané ou provoqué. OMS Ser. Rapp. techni. No 461. 1970.
- (24) Pasini W. : Sexualité et contraception, dans : Sexualité et Gynécologie psycho-somatique. Masson, Paris, pp. 13-75, 1974.
- (25) Pasini W. : Approche psychologique de la régulation des naissances. Revue de médecine préventive. Fasc. 2 - p. 65-76. 1968.

- (26) Pasini W. : Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psycho-somatique. Méd. Hyg. 29: 1393-1397, 1971.
- (27) Pasini W. Stockhammer H. : Deux cas de psychoses post-abortives. Ann. méd. Psychol. 128. T1 p. 555-564. 1970.
- (28) Peck A. Marcus H. : Psychiatric sequelae of therapeutic interruption of pregnancy. J. Nerv. Men. Dis. 143: 417. 1966.
- (29) Robert A.-L. Pasini W. : Psychologie de l'interruption répétée de grossesse, dans : Sexualité et Gynécologie psycho-somatique. Masson, Paris, pp. 185-234, 1974.
- (30) Rosenberg A.J. Siver E. : Suicide, Psychiatrists and therapeutic abortion. Calif. Med. 102 : 407. 1967.
- (31) Sjövall T. : Avortement provoqué et Santé mentale. Groupe de travail sur l'avortement provoqué en tant que problème de santé publique. Helsinki 19-23 avril 1971 - 2:2. OMS - Bureau régional de l'Europe.
- (32) Sorrel W.E. : Abortion, its psychodynamic effect. Psychosomatics 8 : 146. 1967.
- (33) White R.B. : Induced abortion : A survey of their psychiatric implications, indications and complications. Texas Rep. Bul. Med. 24: 531. 1966.
- (34) Whittington H.G. : Evaluation of therapeutic abortion as an element of preventive psychiatry. Amer. J. Psychiat. 126. 9 mars 1970.

X - QUESTIONNAIRE.

Nom : _____ Dates des examens : _____
Domicile : _____
Tél. : _____ No de la salle : _____
Date de naissance : _____
Etat civil : _____
Nationalité : _____
Religion : _____ Pratiquante ? _____

=====

PREMIER ENTRETIEN

1. Les faits entre les DR et l'interruption légale de grossesse (ILG).
 - 1.1 Date des DR ?
 - 1.2 Date du diagn. de gross. ?
 - 1.3 Médecin qui a posé le diagn. ?
 - 1.4 Experts consultés ?
 - 1.5 Résumé de l'avis conforme :

 - 1.6 Délai entre diagn. de gross. et ILG ?
 - 1.7 Date d'entrée à la Mat ? Date de l'ILG ?
 - 1.8 Nombre de semaines de la grossesse ?
 - 1.9 Technique de l'interv. ? Durée en jours ?
2. Comment la patiente motive-t-elle sa demande et quelles sont les difficultés qu'elle a rencontrées ?
 - 2.1 Comment motive-t-elle sa demande ?

 - 2.2 Cette décision a-t-elle été difficile ?

- 2.3 Difficile pour des raisons morales ?
- 2.4 Difficile par peur de l'interv. elle-même ?
- 2.5 Difficile par peur des conséquences physiques éventuelles de cette interv. ?
- 2.6 Quel a été la période ou le moment le plus pénible ?

3. Comment la patiente a-t-elle vécu l'attitude de l'entourage ?

- 3.1 Quelles sont les personnes qui ont le plus participé à sa décision ?
- 3.2 Attitude du partenaire ?
- 3.3 Attitude de la famille ?
- 3.4 Attitude du médecin qui a posé le diagn. de gross. ?
- 3.5 Attitude des experts ?
- 3.6 Attitude des personnes rencontrées à la Mat. ?
- 3.7 Autres personnes :

4. Vécu à court terme :

1) Un à deux jours après l'intervention ou l'accouchement.

- 4.1.1 Regrette-t-elle ?
- 4.1.2 A-t-elle bien fait ?
- 4.1.3 Indifférente ?
- 4.1.4 Se sent-elle moralement mieux (soulagement, euphorie) ?
- 4.1.5 Se sent-elle moralement plus mal (culpabilité, dépression, angoisse)
- 4.1.6 Idem moralement ?
- 4.1.7 Se sent-elle physiquement mieux ?
- 4.1.8 Se sent-elle physiquement moins bien (symptômes fonctionnels, séquelles) ?
- 4.1.9 Idem physiquement ?

2) Un mois environ après l'ILG.

- 4.2.1 Regrette-t-elle ?
- 4.2.2 A-t-elle bien fait ?
- 4.2.3 Indifférente ?
- 4.2.4 Se sent-elle moralement mieux ?
- 4.2.5 Se sent-elle moralement plus mal ?
- 4.2.6 Idem moralement ?
- 4.2.7 Se sent-elle physiquement mieux ?
- 4.2.8 Se sent-elle physiquement moins bien ?
- 4.2.9 Idem physiquement ?

Antécédents personnels.

1) Généraux.

- 5.1.1 Père :
- 5.1.2 Mère :
- 5.1.3 Fratrie :
- 5.1.4 Climat familial :
- 5.1.5 Placements éventuels ?
- 5.1.6 Scolarité - formation profess. ?
- 5.1.7 Profession ?
- 5.1.8 Stabilité professionnelle ?
- 5.1.9 Vit à Genève depuis combien de temps ?
- 5.1.10 Antécédents médicaux et psych. ?
- 5.1.11 Médecins habituels ?

2) Concernant la vie sexuelle, la fécondité et la contraception.

- 5.2.1 Informations lors de l'adol. sur sexualité, contraception et ILG ?
- 5.2.2 Début de la vie sexuelle ?
- 5.2.3 Qualité de la vie sexuelle ?
- 5.2.4 Partenaires stables ?
- 5.2.5 Autres partenaires ?
- 5.2.6 Enfants : Sexes ?
 Ages ?
- 5.2.7 Conception volontaire ?
- 5.2.8 Si non-volont., acceptation ?
- 5.2.9 Déroulement grossesse ?
- 5.2.10 Déroulement de l'accouch. ?
- 5.2.11 Allaitement ?

- 5.2.19 Origine de l'information sur la contraception ?
- 5.2.20 Moyen contraceptif utilisé lors de la dernière conception ?

1) Représentations de situations vécues.

- ## 2) Représentations de situations imaginaires - projets.

- 43

3) Traits de caractère - modes de réaction.

- 6.3.1 Traits obsess. (méticulosité, organisation) ?
- 6.3.2 Traits phobiques (peurs, inhibitions) ?
- 6.3.3 Traits hystériques (instable, démonstr.) ?
- 6.3.4 Revendication, projection massive ?
- 6.3.5 Hypochondrie ?
- 6.3.6 Tendance aux sympt. fonctionnels ?
- 6.3.7 Masochisme ?
- 6.3.8 Tendance dépressive ?
- 6.3.9 Passivité, fatalisme ?
- 6.3.10 Infantilisme, narcissisme, structure-lim. ?
- 6.3.11 Traits de caractère équilibrés ?

4) Degré d'autonomie.

- 6.4.1 Degré d'autonomie ?

5) Niveau intellectuel.

- 6.5.1 Niveau intellectuel ?

SECOND ENTRETIEN

Nom de la patiente : _____

Date : _____

1. Phénoménologie des réactions après l'ILG (Selon le vécu de la patiente).

1.1 Pas de réactions ?

1.2 Réactions morales : - de culpabilité : - de honte :

1.3 Réactions psychologiques :

1.3.1 Positives : - euphorie : - soulagement :

1.3.2 Négatives : - dépression : - anxiété : - réaction psycho-somatique : - autre réaction :

2. Cette même phénoménologie selon l'interprétation de l'examineur.

2.1 Les réactions de la patiente selon l'examineur :

2.2 Raisons des discordances éventuelles :

3. Reprise de la vie sexuelle.

3.1 Retour de couches ?

3.2 Reprise des rapports sexuels ?

3.3 Si oui, fréquence et qualité ?

3.4 Sinon, pourquoi ?

3.5 Répercussions de l'ILG sur la vie sexuelle ?

4. Contraception.

4.1 Médecin consulté ?

4.2 Mesure prise et réactions ?

4.3 Si rien, pourquoi ?

5. Attitude du mari ou du partenaire.

5.1 Attitude face à l'ILG ?

5.2 Ont-ils parlé ensemble de l'ILG ? .

5.3 Entente affective : - rapprochement ?
- éloignement ?
- idem ?

5.4 Entente sexuelle ?

6. Reprendre éventuellement : si décision de l'ILG a été difficile :

6.1 Intensité du conflit ?

6.2 Niveau du conflit (intrapsychique - ds le couple-sociologique).
